

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA EMPRESAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

1. TOMADOR

Tomador de la póliza: _____ CIF: _____

Domicilio Social: _____

Población/Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Email: _____ Web: _____

Nombre y Apellidos de la persona que firma: _____

2. INFORMACIÓN ADICIONAL

2.1. ¿Realiza trabajos fuera de la Unión Europea? Si No

En caso afirmativo, ¿Realiza trabajos en Estados Unidos/ Canadá? Si No

2.2. ¿Le ha sido realizada alguna reclamación por negligencia, error u omisión profesional en los últimos 5 años? Si No

En caso afirmativo, por favor facilite información sobre el importe reclamado, reservas pendientes y pagos efectuados, así como una descripción de los hechos causantes de la reclamación.

2.3. ¿Tiene usted y/o los socios/asociados consultados conocimiento de cualquier circunstancia o hechos que razonablemente pudieran dar lugar a una reclamación? Si No

En caso afirmativo, especifique:

* Un hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocido que pueda influir en la valoración del riesgo por parte del asegurador. Si le queda duda a este respecto, no dude en consultarnos.

2.4. ¿Desarrolla actividades relacionadas con el medio ambiente? Si No

En caso afirmativo, ¿Desea reemplazar la exclusión de contaminación por una cobertura para Reclamación por contaminación súbita o accidental? Si No

2.5. ¿Desarrolla alguna de las actividades de prevención laboral detalladas en el Anexo I del Real Decreto 39/1997, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención y desea cobertura para las mismas, distintas de Construcción, Excavación, Movimientos de Tierra, Túneles; Industria Siderúrgica y Construcción Naval: Inmersión bajo el Agua y/o Alta Tensión? Si No

2.6. ¿Desarrolla la actividad de Coordinador de Seguridad y Salud en obras de construcción? Si No

2.7. ¿Tiene actualmente seguro de Responsabilidad Civil Profesional? Si No

En caso afirmativo, por favor de detalles:

Nombre del Asegurador: _____ Límite de Indemnización: _____

Prima: _____ Franquicia: _____ Fecha Vencimiento: _____

3. ACTIVIDAD / FACTURACIÓN

3.1. Facturación Último Ejercicio Cerrado: _____ €

3.2. Estimación Ejercicio en Curso: _____ €

3.3. Fecha comienzo de actividades: _____

3.4. Desglose aproximado por especialidades preventivas (%):

Ergonomía y Psicosociología Aplicada	
Seguridad en el Trabajo	
Higiene Industrial	
Vigilancia de la Salud	
Coordinación de Seguridad y Salud en obras de construcción	
Otras Actividades (Detallar)	
TOTAL:	100 %

Otras Actividades (detallar): _____

3.5. Desglose aproximado por actividades (%):

Oficinas, Comercios, Servicios	
Industria en General	
Construcción, Excavación, Movimientos de Tierras, Túneles.	
Industria Siderúrgica y Construcción Naval.	
Alta Tensión/ Inmersión bajo el agua.	
Resto de Actividades Anexo I. RD 39/1997	
TOTAL:	100 %

4. INFORMACIÓN SOBRE PLANTILLA

Nº de Socios	
Nº Total Empleados (incluyendo socios)	
Nº de Personal Titulado	

- Desglose del personal Titulado indicando su cualificación:

Técnicos Superiores	
Técnicos Intermedios	
Médicos	
ATS	
Otros	

DECLARACIÓN:

El abajo firmante declara, en su nombre y en de la Sociedad, y tras haber indagado debidamente, que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas y completas. Así mismo, se compromete a informar inmediatamente por escrito de cualquier modificación relevante que se produjera en la información descrita en la presente solicitud. Se acuerda que esta solicitud, junto con cualquier otra información facilitada, se adjuntará y constituirá parte de la Póliza, formando la base del contrato de Seguro. La firma de esta solicitud **NO** obliga al firmante a la formalización del seguro propuesto.

Firmado: _____

Cargo: _____

Sociedad: _____

Fecha (día/mes/año): _____

* El cuestionario deberá ser rellenado, firmado y fechado por una persona que este legalmente capacitada y autorizada para la solicitud del seguro de responsabilidad civil profesional para la empresa que actúa como solicitante. Es importante que el firmante de esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda ruego contacten con nosotros, puesto que la ocultación de información puede afectar a los derechos de recobro del Asegurado bajo la Póliza.

** Este cuestionario se refiere a una cobertura de responsabilidad civil profesional en base a reclamaciones. El contrato de seguro ampara las reclamaciones que se formulen contra el asegurado por primera vez durante el periodo de vigencia del seguro de acuerdo a los términos y condiciones que se establezcan y acuerden entre las partes.

El firmante autoriza a RUIZ & ANDICOBERRY a que sus datos personales y/o empresariales sean incorporados a ficheros automatizados o no, sometiéndolos a tratamiento informático y conservándolos, con independencia de que se llegue a formalizar o no un contrato de seguro, o posteriormente se mantenga o no el mismo en vigor, a efectos de control, gestión, tramitación de siniestros, estadísticos y remisión de comunicaciones por cualquier medio. Así mismo, autoriza a que sus datos sean cedidos total o parcialmente a otras corredurías y/o entidades aseguradoras, si fuese necesario, en los procesos de cotización, contratación, gestión, administración y/o tramitación de siniestros de sus contratos de seguro.

El solicitante cuenta con los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación de sus datos. Así mismo podrá revocar el consentimiento de cesión de los datos prestados.